

Широкое использование эндоскопических исследований повышает эффективность диагностики и позволяет выявить доброкачественные и злокачественные заболевания на ранних стадиях развития, когда они легче поддаются лечению. Однако вполне естественно, что при этом увеличивается частота различных осложнений, что дискредитирует метод в глазах врачей и больных.

По нашему мнению, при определении показаний к эндоскопическим исследованиям и вмешательствам необходимо учитывать два правила: 1) опасность развития осложнений не должна превышать диагностическую и лечебную эффективность исследования; 2) диагностические исследования должны иметь практическое значение и играть существенную роль при определении тактики лечения больных. Если эти правила приняты во внимание, то отпадают сомнения в целесообразности эндоскопических исследований.

1.2.5. ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ, ПРЕМЕДИКАЦИЯ И АНЕСТЕЗИЯ

Целью подготовки больных является безопасное и эффективное проведение эндоскопических исследований и операций. Готовя больного к исследованию, врач должен решить множество разнообразных задач. Они определяются, с одной стороны, особенностями общего состояния больного (возраст, характер основного и сопутствующих заболеваний, их осложнений) и местных изменений в области предстоящего вмешательства, с другой — видом и тяжестью эндоскопического исследования или операции, сроками их проведения. Необходимо производить общую и местную подготовку больных к эндоскопическим вмешательствам.

Общая подготовка включает: 1) коррекцию нарушенных параметров гомеостаза; 2) снижение или значительное угнетение некоторых функций (секреция, тонус и др.) соответствующих органов и систем; 3)

торможение и полное предупреждение отрицательных эмоциональных реакций больного; 4) разъяснение целей и задач исследований и операций, предупреждение о возможности неудач и осложнений при их проведении (психологическая подготовка).

Важное значение имеет профилактика, диагностика и коррекция функциональных нарушений, прежде всего сердечно-сосудистой и дыхательной систем, со стороны которых во время эндоскопических исследований можно ожидать наиболее серьезных осложнений. Своевременная диагностика заболеваний различных органов и систем необходима также для правильного выбора средств, используемых для подготовки больных. Например, атропин противопоказан при глаукоме, ряд препаратов вызывает аллергические реакции вследствие непереносимости их организмом и т.д.

Снижение секреции желез и тонуса гладкой мускулатуры органов обеспечивает хорошие условия для проведения исследования. Например, залогом успешной ретроградной холангиографии и эндоскопической папиллотомии является достаточная релаксация двенадцатиперстной кишки, а фибробронхоскопию легче выполнять на фоне угнетения саливации и секреции бронхиальных желез.

Нет сомнений в том, что даже диагностические исследования *per vias naturalis* (гастроскопия, гистероскопия и др.), не говоря уже об исследованиях *per operationem*, вызывают у больных чувство тревоги. В связи с этим им необходимо назначать седативные, снотворные и атарактические препараты, выбирая индивидуально дозы, сроки и пути их введения.

Перед началом и во время проведения эндоскопических вмешательств в зависимости от их длительности и тяжести вводят нейролептические, холинолитические и ганглиоблокирующие средства. Детям до 10—12 лет медикаментозную подготовку накануне исследования проводить нецелесообразно, так как сон у них, как правило, не нарушен. Премедикацию

исследования в положении сидя (рис. 2.2). В зависимости от того, какие приборы применяют для эзофагоскопии, используют соответствующую методику.

При выполнении эзофагоскопии с помощью ригидного эндоскопа необходимо так расположить голову и туловище, чтобы рот, ротоглотка и пищевод находились в одной плоскости. Эндоскоп проводят под постоянным контролем зрения, последовательно оттесняя кпереди корень языка и надгортанник, постоянно ориентируясь на заднюю стенку ротоглотки. Наиболее сложный участок — переход ротоглотки в пищевод, который представляет собой щель, расположенную во фронтальной плоскости, раскрывающуюся в момент глотка.

Эзофагоскопия с помощью фиброэндоскопа технически значительно проще, чем при использовании жесткого эндоскопа, и менее травматична для больного. Изогнув конец эндоскопа по форме ротоглотки, приближают его к входу в пищевод и в момент глотка проводят в него. После введения эндоскопа в пищевод дальнейшее его продвижение и осмотр осуществляют при постоянном нагнетании воздуха. Осмотр пищевода производят как во время проведения эндоскопа до желудка, так и при его выведении.

В шейном отделе пищевода продольные складки слизистой оболочки соприкасаются своими вершинами. Расправить складки и осмотреть слизистую оболочку этого отдела удастся лишь при интенсивном нагнетании воздуха, добиться полного расправления складок трудно. В тот момент, когда пищевод легко расправился под действием воздуха, можно констатировать, что конец эндоскопа достиг грудного отдела пищевода (рис. 2.3). Здесь слизистая оболочка становится гладкой, просвет пищевода приобретает округлую форму.

Место прохождения пищевода через диафрагму определяют по характерному кольцевидному сужению пищевода и небольшому расширению

над ним. Брюшной отдел пищевода хорошо расправляется воздухом и представляет собой воронку, дном которой является пищеводно-желудочный переход (рис. 2.4; 2.5; 2.6).

Для успешной диагностики различных заболеваний при эзофагоскопии следует изучать не только целостность слизистой оболочки, ее цвет, подвижность, складчатость, но и функцию пищевода — перистальтику его стенок, изменение их в зависимости от дыхания и сокращений сердца, наличие ригидности стенок, не расправляющихся при введении воздуха.

Неудачи и осложнения. Применение гибких эндоскопов при эзофагоскопии обеспечивает практическую безопасность исследования. Однако при неправильном использовании фиброскопов возможны тяжелые повреждения стенок пищевода и даже его перфорация. Эти осложнения возникают в тех случаях, когда нарушается основной принцип эндоскопии — проведение эндоскопа только под визуальным контролем без приложения силы при преодолении препятствий. Перфорация пищевода — очень тяжелое осложнение, при котором требуется экстренное хирургическое вмешательство. Наиболее часто возникают осложнения общего характера, которые обусловлены непереносимостью препаратов, используемых для премедикации и анестезии.

2.1.2. ГАСТРОСКОПИЯ

Аппаратура. Для осмотра полости желудка применяют специальные приборы — гастроскопы, различающиеся в основном по расположению оптики на дистальном конце прибора: торцевое, косое, боковое. Технические приемы гастроскопии, которую проводят с помощью гастроскопов с торцевой оптикой, легче осваиваются, чем методика осмотра желудка эндоскопом с боковым расположением оптики, но после овладения всеми приемами гастроскопии исследова-

Translation of extracts from Saveliev V.S. et al., Guidebook on Clinical Endoscopy, pp.21 and 35

p.21

PREPARATION OF PATIENTS, PREMEDICATION AND ANAESTHESIA

The aim of preparation of patients is to provide secure and effective endoscopic studies and operations.

...

General preparation includes: ... reduction or considerable inhibition of some functions (secretion, tone etc.) of corresponding organs and systems...

The reduction in the glands secretion and the tone of smooth muscles of organs provides good conditions for carrying out a study. For example, a pledge of successful retrograde cholangiography and endoscopic papillotomy can be secured by providing sufficient relaxation of the duodenum...

p.35

... After the introduction of the endoscope in the esophagus its further movement and inspection is accompanied by a continuous injection of air.

... In the cervical department of an esophagus the tops of the longitudinal folds of mucosa contact one another. To smooth the folds and to examine the mucosa of this area is possible only if an intensive air injection is provided, and it is difficult to smooth the folds completely.

... Esophagus abdomen part is well smoothed by air and represents a funnel...